Lane Medical Library

Ueber einen Fall

von

Isolierter, symmetrischer Tuberkulose der Parotis.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 9. Oktober 1897

Mittags 12½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Carl Kiesow

approb. Arzt

aus Cöln am Rhein.

Opponenten:

Herr Cursist Flemming.
Herr cand. med. Müller.

Greifswald.
Buchdruckerei C. Sell (Hans Adler).
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0197

Seiner lieben Tante

Fräulein Elise Kuck

und dem Andenken

Seiner teuren Mutter

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Zum Gegenstande der vorliegenden Dissertation habe ich einen in der Greifswalder chirurgischen Klinik operierten Fall von Geschwulstbildung in der Parotis gemacht, welcher nach verschiedenen Seiten hin einiges Interesse beanspruchen dürfte. Es handelte sich nämlich um eine Geschwulstbildung, welche nach dem klinischen Untersuchungsbefunde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Sarcoms resp. Myxosarcoms der Ohrspeicheldrüse ergab, während die nach der Operation gemachte mikroskopische Diagnose das Ergebnis einer Tuberkulose, und zwar einer doppelseitigen, symmetrischen, isolierten Tuberkulose der Parotis lieferte.

Die Krankengeschichte des Falles ist folgende:

Anamnese: Patientin ist die dreizehnjährige Arbeiterstochter Bertha B. aus Treptow. Ihre Eltern leben noch und sind gesund, ebenfalls gesund sind ihre Geschwister. Scrophulose, Tuberkulose oder andere hereditäre Krankheiten scheinen in der Familie nicht zu bestehen. — Vor ungefähr drei Jahren entstanden bei dem Mädchen, das sonst niemals ernstlich krank gewesen sein will, auf beiden Wangen in der Gegend der Ohren kleine

Anschwellungen. Dieselben wurden vom Arzte längere Zeit mit Salbeneinreibungen behandelt, jedoch ohne Erfolg. Die Anschwellungen vergrösserten sich im Gegenteil im Laufe der Zeit, wenn auch nur langsam. Schmerzen hat Patientin an den Anschwellungen niemals verspürt. Aehnliche Erscheinungen bei anderen Mitgliedern der Familie sind nicht aufgetreten.

Status: Patientin ist ein kleines, unentwickeltes, stupides Mädchen. Bei der Adspection bemerkt man auf beiden Wangen in der Höhe der Kiefergelenke zwei langgestellte, ovale, taubeneigrosse Anschwellungen, sodass Patientin den Eindruck macht, als leide sie an einen doppelseitigen Mumms. Die Haut unter den Anschwellungen ist leicht beweglich und hat eine normale Färbung. Bei der Palpation fühlt man rechts einen einzigen, in sich abgeschlossenen, überall umgrenzbaren Tumor, während sich auf der linken Seite ein Haupttumor nach oben hin in einen kleineren, unmittelbar in die Ohrspeicheldrüsensubstanz ohne feste Begrenzung übergehenden fortzusetzen scheint. Die rundlich ovalen Tumoren sind nur ganz wenig auf ihrer Unterlage verschieblich. Ihre Wandungen sind glatt; sie fühlen sich ziemlich fest an und bieten zum Teil das Gefühl einer Pseudofluctuation. Schmerzhaftigkeit besteht nicht, weder spontan noch auf Druck. Der Nervus facialis scheint beiderseits unterhalb der Anschwellungen zu verlaufen.

Irgend welche äussere Anzeichen, welche auf das Bestehen einer Scrophulose hindeuten könnten, sind nicht vorhanden. Der Lymphdrüsenapparat zeigt keine Veränderungen, die Lungen sind intakt. Eine wahrnehmbare Milzanschwellung ist nicht vorhanden. Die Untersuchung der Mund- und Rachenhöhle ergiebt nichts Auffälliges; der Ductus parotideus ist beiderseits durchgängig; ein abnormes Verhalten der Speicheldrüsen — Vermehrung oder Verminderung des Sekrets — besteht nicht. Zahnleiden ist nicht vorhanden. Am Gehörorgan sind keine Veränderungen wahrzunehmen.

Klinische Diagnose:

Im Allgemeinen pflegt sich die klinische Diagnose bei Neubildungen in der Parotis resp. in dem Bezirke der Parotis nur auf eine grössere oder geringere Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu beschränken, und es der nach der Operation zu stellenden mikroskopischen Untersuchung zu überlassen, welcher Art dieselbe im Speziellen ist.

Aus folgenden Gründen:

Die grob anatomischen Verhältnisse der Parotis und ihrer unmittelbaren Umgebung zeichnen sich durch grosse Compliciertheit aus, namentlich in topographischer Beziehung. Auch bei den pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche hier Platz greifen, gebricht es in den bei weiten meisten Fällen, besonders in genetischer Beziehung, an einen klaren diagnostischen Ergebnis, weil in der räumlich

sehr beschränkten Fossa retromaxillaris so zahlreiche und ganz differente Gebilde wie Parotis Gefässe, Lymphdrüsen, Nerven, Fascie etc. sich zusammendrängen.

Es sind daher die differential-diagnostischen Merkmale der an ihrem Sitze leicht kenntlichen Tumoren der Parotisgegend, sofern es sich nicht gerade um oberflächlich gelegene Lipome, oder über der Fascia parotideo-masseterica liegende Lymphdrüsenanschwellungen, oder vom Gehörgang ausgehende Geschwülste handelt, im Allgemeinen nicht sehr prägnant. Sie können zwar, den diagnostisch günstigsten Fall angenommen, charakteristischen Sitz und Ausdehnung haben: die Fossa retromaxillaris ausfüllen, den Muscul. Sterno Cleidomast. nach hinten, den aufsteigenden Kieferast nach vorn überlagern, das Ohrläppchen samt dem unteren Teil der Ohrmuschel je nach ihrer Grösse abheben, nach oben drängen und eine Druckwirkung auf den äussern Gehörgang ausüben, ebenfalls nach der Mundhöhle hin Erscheinungen von Druck machen, aber diese als charakteristisch angenommene Lage und Ausdehnung kann jedem Tumor der Parotisgegend, gleichviel welcher Art und welchen Charakters derselbe ist, zukommen. Dementsprechend vermehrt sich natürlich die Schwierigkeit einer exakten klinischen Diagnose in den häufigen Fällen, wo Sitz und Ausdehnung der Neubildung von dem oben beschriebenen typischen Bilde abweichen. —

Im vorliegenden Falle konnte ebenfalls aus den vorbezeichneten Gründen eine strikte Diagnose nicht gestellt werden; dagegen wurde eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose betreffs des Charakters der beiden Geschwülste dahingestellt, das es sich um eine doppelseitige, symmetrisch angeordnete Bindegewebsgeschwulst der Parotis und zwar höchstwahrscheinlich um ein Sarcom (Fibro eventuell Myxosarcom) der Parotiden handeln dürfte, und zwar aus folgenden Gründen:

Fast dreiviertel der Geschwülste der Parotis gehören zur Reihe der Sarcome oder zu einer Mischgeschwulst derselben; es ist also überhaupt bei einer dort auftretenden Geschwulst in erster Linie an ein Sarcom zu denken. Ferner weisen die Geschwülste die für Sarkome oder ein Mischgeschwulst derselben charakteristischen Merkmale auf:

Fehlen innigerer Beziehungen zur unmittel-Umgebung; glatte, im Grossen und Ganzen vollständig begrenzte Geschwülste mit intakter Hautbedeckung und wenn auch geringer Verschieblichkeit auf ihrer Unterlage; langsames, aber stetiges schmerzloses Wachstum über die Grösse hyperplastischer Lymphdrüsen hinaus. Das Alter hat auf die Diagnose eines Sarcoms keinen Einfluss, da die Litteratur Fälle dieser Neubildung in allen Lebensaltern kennt.

Da die Geschwülste zum Teil ein gewisses Fluctuationsgefühl boten, so glaubte man diese

Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf: Myxosarcom ausdehnen zu können. Eine Probepunktion, welche darüber eventuell hätte Aufklärung verschaffen können, ist allerdings nicht gemacht worden.

Ausschliessen zu können glaubte man von der Wahrscheinlichkeitsdiagnose speziell:

1. eine doppelseitige, entzündlich-hyperplastische Schwellung der unter der Fascia parotideo-masseterica liegenden Lymphdrüsen, an welche wohl bei der symmetrischen Anordnung der Neubildungen am ehesten gedacht werden konnte. Aber weder die Anamnese, noch vor Allem der Untersuchungsbefund vermochten ein ätiologisches Moment für eine derartige Hyperplasie darzutun. Gegen eine solche sprachen auch einigermaassen das langsame, stetige Wachstum sowie die geringe Verschieblichkeit der Geschwülste, die darauf hindeuteten, dass sie unter der Fascie lagen.

2. vollständig auszuschliessen war eine doppelseitige maligne Neubildung, speziell ein symmetrisches Carcinom, da die klinische Diagnostik gerade für diese Tumoren im Allgemeinen prägnantere Merkmale als die mikroskopische aufgestellt hat: absolut unbewegliche, harte, schmerzhafte Tumoren mit stark infiltrierten Halslymphdrüsen und Verwachsung der sie bedeckenden, narbig eingezogenen Haut und fortschreitender Facialisparalyse, meistens bei Individuen jenseits der vierziger Jahre.

3. einer der auf einer der vorhergehenden Seiten

benannten, oberflächlich gelegenen, entweder in oder unmittelbar unter der Hautdecke lokalisierten Tumoren. —

In Anbetracht der im Vorhergehenden entwickelten Schwierigkeit, eine ganz exakte Diagnose zu stellen, ist es geraten, möglichst jeden Tumor in der Gegend der Parotis zu entfernen. Die Operation wurde in Chloroformnarkose gemacht und beiderseits mit einem, in der Richtung des Facialis verlaufenden Hautschnitte begonnen. Nach der Durchtrennung des Fettgewebes und der darunter liegenden Fascie kam man auf die taubeneigrossen Tumoren, welche durch eine straffe bindegewebige Kapsel von dem sie umgebenden Gewebe der Parotis getrennt waren. Auf der linken Seite steht der über dem Facialis liegende Tumor z. Teil im unmittelbaren Zusammenhang mit der normalen Parotissubstanz und es muss bei der Enukleation ein Stück Speicheldrüsengewebe mit entfernt werden. Auf der rechten Seite gehen ein paar Fasern des Facialis durch die Substanz des Tumors; dieselben werden mit Messer und Scheere herauspräpariert, worauf der Tumor sich leicht herausschälen lässt. Während der Operation treten mehrmals Zuckungen in den vom Facialis versorgten Muskeln auf; der Facialis bleibt im Übrigen unverletzt. Die Wunden werden durch Nath geschlossen. — Die Wunden heilen per primam. —

In den ersten drei Tagen stellt sich eine

geringe Ptosis, besonders auf der linken Seite ein: dieselbe verschwindet allmählich.

Nach zehn Tagen wird Patientin entlassen. Facialis völlig intakt. Makro- und mikroskopische Diagnose der Tumoren:

Die makroskopische Untersuchung der Tumoren ergiebt beiderseits ungefähr dasselbe Bild. Dieselben sind allerdings durch das bei der Operation bedingte präparatorische Vorgehen zum Teil stark zerfetzt worden, doch lässt sich unschwer aus den herausgenommenen Teilen ersehen, dass beide Tumoren eine längsovale Gestalt von Taubenei-Grösse besitzen. Sie besitzen eine ziemlich starke Bindegewebskapsel, durch welche sie von dem ihnen anhängenden, mit herausgenommenen Parotisgewebe deutlich getrennt sind. Die Farbe ist eine graugelbliche, die Consistenz weich, etwas schleimig, sodass der Verdacht auf das Bestehen einer myxomatösen Veränderung bestätigt werden zu können scheint.

Die Tumoren werden in Alkohol und Zenker'scher Lösung fixiert und nach sucessiver Härtung in steigendem Alkohol in Paraffin eingebettet.

Die Färbung der Schnitte geschieht mit Alauncarmin, Hämatoxylin, z. Teil nach Böhmer, z. Teil nach von Gieson.

Betrachten wir zunächst einen Schnitt durch den rechtsseitigen Tumor, so zeigt sich bei Untersuchung mit unbewaffnetem Auge, dass derselbe

eine periphere Begrenzung durch ein faseriges Gewebe aufweist. An einer Stelle liegen in dieser Kapsel verschiedene Einschlüsse, welche zum Teil das Aussehen der Geschwülste, zum Teil das Aussehen der Anfänge der mit in den Schnitt gefallenen Parotisreste haben. Der rundlich ovale, von der Kapsel umschlossene, eigentliche Tumorabschnitt zeigte makroskopisch einen lappigen Bau, indem in einer von den Färbmitteln schwächer tingierten Grundsubstanz zahlreiche intensiver gefärbte, schmale Gewebsstreifen verlaufen und Teile der Grundsubstanz mehr oder weniger kreisförmig abschliessen.

Die mikroskopische Untersuchung erweist das von der Kapsel umgebene Geschwulstgewebe als bestehend aus einer Unmasse von regellos angeordneten, polymorphen Zellen mit grossem, körnigem Protoplasmaleib, der einen oft kreisrunden, meist aber leicht eckigen, gegenüber dem Zellenleib ziemlich kleinen Kern einschliesst. Dieser Kern ist mässig stark tingiert, zeigt deutliche Kernkörperchen und eine Andeutung eines Chromatingerüstes. An einzelnen Stellen lässt sich eine spindelförmige Gestalt der meisten Zellen und im Anschluss daran eine Lagerung in Längsreihen nachweisen. Neben und zwischen diesen Zellen finden sich überall runde, viel stärker vom Farbstoff tingierte Kerne, deren zugehöriger Zelleib nicht deutlich zu erkennen ist. Einzelne dieser stärker tingierten

Kerne sind von bisquittförmiger oder länglich nierenförmiger Gestalt. An verschiedenen Stellen finden sich die Zellen des ersten Typus zu Reihen aneinander geordnet, welche vielfach mit einander anastomosieren, und so ein Maschenwerk bilden, dessen Lücken zum Teil leer, zum Teil aber von roten Blutkörperchen ausgefüllt erscheinen. Einige Bilder lassen der Vermutung Raum, dass die erwähnten dunkler tingierten Kerne Zellen angehören, welche diese Maschenräume nach Art von Endothelien auskleiden. — Das bisher beschriebene Gewebe, welches den makroskopisch heller erscheinenden Teilen des Tumors entspricht, wird nun durch breite Züge dunkler tingierter Gewebe in mehr oder weniger vollständiger Weise in einzelne, meist runde oder ovale Abschnitte zerlegt. Diese trennenden, dunkler tingierten Gewebsteile bestehen aus einer Ansammlung dunkler, meist kreisrunder Kerne, die einen kleinen, kaum sichtbaren Zellleib besitzen und dicht aneinandergelagert sind. Nur an einzelnen Stellen wird das Bild durch kleine Blutgefässe unterbrochen, in deren Umgebung einzelne Bindegewebsfasern verlaufen. An einzelnen Stellen findet sich eine Längsanordnung der beschriebenen Zellen, dadurch hervorgerufen, dass zwischen ihnen schmale Züge faseriger Substanz auftreten. Zwischen diesen Fasern sind die Zellen zum Teil protoplasmareicher, die Kerne mehr von eckiger Gestalt. Die Abgrenzung dieser schmalen, dunkel tingierten Gewebsbalken

von den erstbeschriebenen, helleren Gewebspartieen ist keine scharfe, vielmehr finden sich an der Grenze zahlreiche dunkel tingierte kleine Zellen, welche sich teilweise in reinen und breiteren Zügen in das heller tingierte Gewebe fortsetzen. Die in letzterem Gewebe beschriebenen dunkeln Zellen sind ohne Zweifel identisch mit den dunkel tingierten der Gewebsbalken.

Die Grenze des Geschwulstgewebes nach der Kapsel zu bilden im Allgemeinen dunkler tingierte Randzonen, welche einen grösseren Gefässreichtum aufweisen. Es treten allmählich immer mehr breite, zum Teil stark gewellte, die Charakteristika der elastischen Fasern zeigende Fasern auf. Schliesslich begrenzt eine breite, ziemlich kernarme Fasermasse die Geschwulst von dem umgebenden Bindegewebe, indem sich an einzelnen Stellen zahlreiche Fettzellen und Residuen der letzteren finden.

Nach dem anhängenden Parotisgewebe zu finden sich in der Kapsel eingestreut einzelne abgeschnürte Lappen der Parotis, welche teilweise durch faseriges Bindegewebe wiederum in einzelne kleinere Abschnitte zerlegt sind, teilweise, und zwar besonders um die mittleren Drüsenausführungsgänge herum Rundzellen-Anhäufungen zeigen. Stellenweise ist das Parotisgewebe substituiert durch mehr oder weniger grosse, meist eine rundliche Contour zeigende Anhäufungen des oben beschriebenen Tumorgewebes, d. h. ein mehr oder weniger ausgesprochener Kranz

dunkler gefärbter runder Zellen umgiebt eine Menge der oben beschriebenen helleren epitheloiden Zellen mit grossem, bläschenförmigen, schwach tingierten Kern. Das anliegende Parotisgewebe ist ebenfalls mehr oder weniger durchsetzt von Rundzellen-Anhäufungen um die Drüsenausführungsgänge herum und kleineren, den eben beschriebenen Herden ähnlichen Stellen. Sonst findet sich in dem Parotisgewebe ausser einer ziemlich starken Füllung der kleineren Blutgefässe Nichts Auffallendes.

In einigen Schnitten, aber längst nicht in allen, finden sich inmitten des helleren, epitheloiden Gewebes mässig grosse Riesenzellen mit granuliertem Protoplasma und hellen, bläschenförmigen Kernen, welche denen der umgebenden epitheloiden Zellen vollständig gleichen. Die Kerne sind in einigen Zellen deutlich in der Peripherie angeordnet; in anderen bilden sie das Protoplasma der Riesenzellen quer durchsetzende Reihen. Die Riesenzellen haben zum Teil Ausläufer, welche sich zwischen die umgebenden Zellen verlieren, und liegen in einem mehr oder weniger breiten Hof; zum Teil scheinen die Riesenzellen keine Ausläufer zu besitzen.

An einzelnen Stellen des Tumors befinden sich mässige Hämorrhagien, — Der rechts- und linksseitige Tumor verhalten sich in ihrem histologischen Bilde vollständig gleich.

Wenn die Geschwülste nach dem klinischen und zunächst auch nach dem makroskopischen Befunde

den Eindruck wirklicher Geschwülste machten, so führt die mikroskopische Untersuchung zu dem Ergebnis, dass wir es im Wesentlichen mit einem, nach der klinischen Untersuchung nicht annehmbaren Falle, nämlich mit einer doppelseitigen chronischen Hyperplasie des lymphatischen Gewebes der Parotis zu thun haben, welche teilweise in einzelnen abgekapselten Tumoren auftritt. Der Befund der wenn auch spärlich vorhandenen Riesenzellen jedoch deutet darauf hin, dass es sich wahrscheinlich aber nicht um einen einfachen entzündlich-hyperplastischen Zustand handelt, sondern dass wir es mit einer im Anfangsstadium befindlichen tuberkulösen Affection zu thun haben. Auf Bacillenbefunde können wir die Diagnose allerdings nicht stützen, da bei der Schwierigkeit resp. Aussichtslosigkeit, in derartigem Gewebe die erfahrungsgemäss äusserst spärlich vorhandenen Mikroorganismen tinktoriell nachzuweisen, auf eine Untersuchung daraufhin verzichtet wurde. Die Riesenzellen als Fremdkörperriesenzellen erklären zu wollen, dazu liegt nach dem mikroskopischen Befunde kein Anlass vor.

Wenn ich bei der Besprechung der klinisch-diagnostischen Verhältnisse der Tumoren der Parotisgegend im Vorhergehenden auseinander zu setzen suchte, wie schwierig es in den bei weitem meisten Fällen ist, eine exakte Diagnose zu stellen, so liefert der vorliegende Fall einen gewiss interessanten

Beitrag zu dieser Behauptung. Mit dem Befunde wird allerdings die ungleich interessantere Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines wirklichen symmetrischen Parotistumors hinfällig, aber damit gewinnt der Fall auch anderseits wieder einige der Beachtung werte Momente.

Dahin gehört vor Allem die Thatsache, dass es sich augenscheinlich um die gewiss sehr seltene Erscheinung einer symmetrischen, in den Ohrspeicheldrüsen isolierten Tuberkulose handelt, für deren Bestehen nicht so leicht ein ätiologisches Moment zu finden sein dürfte, da irgend welche Anzeichen für das Bestehen einer Scrophulose oder Tuberculose bei der Patientin fehlen. Selbst wenn wir annehmen, dass trotz des negativen Befundes auf den Lungen etc. doch irgend ein latenter Tuberkuloser Herd bestehen könnte, so wäre trotzdem die Annahme gewagt, dass es sich um ascendierende oder descendierende Infection handeln könnte, da in sämtlichen, in Bezug auf diese Frage gesammelten Fällen, sei es nun, dass es sich um floride, oder bereits abgelaufene oder latente Fälle einer Tuberkulose handelt, vor allen Dingen die Halslymphdrüsen entweder ein- oder beiderseitig ergriffen zu sein pflegen. Selbst dies vorausgesetzt, kommt in diesen Fällen niemals eine gleichzeitige Miterkrankung der Parotis zur Sprache.

Eine andere Ursache könnte gegeben gewesen sein in einer bestehenden Zahncaries. Bei solchen,

besonders bei öfter exacerbierenden Fällen von Zahncaries kommen bekanntlich bei Kindern sehr häufig Drüsenanschwellungen, allerdings meistens hinter dem betr. Kieferwinkel resp. an der betr. Seite des Halses, vor, welche ja nach der Natur der caries einen verschiedenen Charakter zu besitzen pflegen; in vielen Fällen handelt es sich um eine einfache, mit dem Verschwinden der Ursache meist wieder sich zurückbildende Hyperplasie, in anderen Fällen besteht wirkliche Tuberkulose. Einige derartige Fällen von auf das Lymphdrüsensystem der Parotis beschränkter Tuberkulose sind beschrieben worden; beobachtet wurden dieselben anschliessend an Caries oberer Zähne. Diese Möglichkeit ist nach dem Untersuchungsbefunde ebenfalls nicht annehmbar.

Endlich könnte man daran denken, dass es sich um eine mechanische Uebertragung von tuberkulösen Virus im Sinne einer Fütterungstuberkulose handeln könnte. Das Fehlen anderer tuberkulöser Affektionen, speziell einer Schleimhauterkrankung, würde an und für sich nicht dagegen sprechen, da es bekannt ist, dass Schleimhäute in der Regel widerstandsfähiger sind als lymphatische Elemente und dass es vorkommt, dass letztere öfters tuberkulös erkranken, während erstere, obschon sie der Möglichkeit der Erkrankung viel näher stehen, intakt bleiben. Ebenfalls nicht unmöglich möchte es sein — die Möglichkeit einer Fütterungstuber-

kulose bei Anwesenheit von tuberkulösen Virus in der Mundhöhle vorausgesetzt — die Fähigkeit einer Uebertragung desselben bis zur Parotis hin als möglich zu behaupten, da die Annahme statthaft sein könnte, dass sich im Ductus parotideus resp. in den Lymphwegen eine die Uebertragung vermittelnde Saugwirkung entfalten kann.

Nimmt man diese Möglichkeiten an, so wäre es jedenfalls auffallend und einer Erklärung bedürftig, dass sich dieser äusserst seltene Zufall einer derartigen Uebertragung doppelseitig vollzogen. Man könnte in diesem Falle leicht daran denken, ob nicht während der Zeit dieser Uebertragung gerade die beiden Ohrspeicheldrüsen einen Locus minoris resistentiae abgegeben haben könnten z. B. infolge von Bestehen einer vielleicht ganz leichten, von der Patientin nicht beachteten oder ihr nicht mehr erinnerlichen Parotitis epidemica. Auf jeden Fall würde durch diese Annahme ein anderer interessanter Punkt, nämlich die vollständig symmetrische Anordnung der in diesem Fall primären tuberkulösen Herde am ersten seine Erklärung finden.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Tillmann für die gütige Ueberweisung des Themas und dem Assistenzarzt Herrn Dr. Goebel für die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen innigsten Dank an dieser Stelle auszusprechen.

Litteratur.

Langenbeck, Archiv für Chirurgie.
Virchow u. Hirsch, Jahresbericht der gesamten Medizin.
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

Lebenslauf.

Carl Kiesow, kath. Confession, wurde am 24. Mai 1867 in Cöln am Rhein als Sohn des Eisenbahn-Betr.-Sekretärs August Kiesow und dessen verstorb. Ehefrau Helene geb. Kuck geboren. Nachdem er in seiner Vaterstadt den Elementarunterricht genossen, besuchte er von Ostern 1877 ab das dortige Kgl. Gymnasium an Marzellen. Letzteres verliess er Ostern 1886 mit dem Zeugnis der Reife, um sich zunächst in Bonn dem Studium der Medizin zu widmen. Im Frühjahr 1891 bestand er daselbst die ärztliche Vorprüfung, worauf er nach Greifswald ging. Im Frühjahr 1895 unterzog er sich dort dem medizinischen Staatsexamen, welches er am 17. Mai d. J. vollendete.

Am 25. August 1895 machte er das Examen rigorosum.

Während seines akademischen Studiums besuchte er die Vorlesungen und Curse folgender Herren Professoren und Docenten.

In Bonn:

Barfurth, Clausius, Hertz, Kekulé, v. La Valette-St. George, Ludwig, Nussbaum, Pflüger, Schaaffhausen, Strassburger.

In Greifswald:

Arndt, Grawitz, L. Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, von Preuschen, O. Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Herren Lehrern spricht Verfasser an dieser Stelle seinen verbindlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Tumoren in der Gegend der Parotis sind auf jeden Fall möglichst früh zu entfernen.

II.

Bei Lungentuberkulose ist die diätetisch-hygienische Behandlung wichtiger als die medikamentöse.

III.

Bei Anginen, speziell der A. follicularis hat Natron salicylicum die Bedeutung eines Specificums.

II 945